

Diagnóstico diferencial del temblor

Differential diagnosis of tremor

Dr. Pedro Hernández Mandado ^I; Dra. Teresa Idania Vela Valencia ^{II}

^I Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Hospital Psiquiátrico. "René Vallejo". Camagüey. Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Oncología. Profesor Instructor. Hospital Oncológico "Madame Curie". Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica del temblor con énfasis en la crítica del concepto, los aspectos etiológicos y la semiología, así como la semiotecnia; aspectos estos que conducen, entre otros, a clarificar el diagnóstico diferencial en base a la localización anatómica, las circunstancias conductuales acompañantes, la amplitud del mismo y algunas entidades o factores causales, elementos que derivan en facilitar una propuesta de clasificación con la semiotecnia correspondiente. Finalmente se insiste en las patologías, tóxicos, drogas y aspectos genéticos que pueden originar este síntoma-signo, así como en una entidad nosológica en que el temblor es un síntoma capital y excepcionalmente puede cursar con ausencia total del mismo (Parkinson) y conllevar a dificultades en el diagnóstico. Se evidencia la necesidad de estudiar este tópico por su importancia clínica y neuro-psíquica así como por su escueta bibliografía, sobre todo reciente.

Palabras clave: Temblor; semiología, semiotecnia.

ABSTRACT

A bibliographical revision of the tremor is made with emphasis in the criticism of the concept, the etiologic aspects and the semiology, as well as the semiotecnia; aspects these that contribute, among other, to clarify the differential diagnosis based on the anatomical localization, the accompanying behavioral circumstances, its extent and some entities or causal factors, elements that derive in facilitating a classification proposal with the corresponding semiotecnia. Finally it is insisted in the pathologies, toxic, drugs and genetic aspects that can originate this symptom-sign, as well as in a nosologic entity that tremor is a capital symptom and exceptionally it can happen with total absence (Parkinson) and to share to difficulties in the diagnosis. The necessity of studying this topic for its clinical and neuro - psychic importance as well as for its concise bibliography, is evidenced mainly recent.

Key words: tremor; semiology, semiotecnia.

INTRODUCCIÓN

El primer aspecto a abordar es la definición de temblor, parece lo más aceptable definirlo como una serie de movimientos oscilatorios, relativamente rítmicos e involuntarios de una parte del cuerpo, que dependen de contracciones alternantes de músculos opuestos, agonistas y antagonistas.¹

A esta definición se le puede hacer la observación de que no son raros los ritmos irregulares del temblor y por otra parte el nistagmo, el clono, el mioclono de repetición, las fasciculaciones y los movimientos convulsivos cumplen con los aspectos esenciales del concepto expresado de temblor y no lo son.

Consideramos oportuno acotar que el temblor es un síntoma-signo que no ha sido profundamente abordado en la literatura, puesto que algunos temblores no tienen una traducción patológica y no todos los temblores son producidos por Parkinsonismos, debido a que el Parkinson no necesariamente se acompaña de temblor.

Cada temblor por su etiología tiene una semiología diferente, así pues, las oscilaciones por segundo varían según su génesis, la región anatómica afectada también varía. En este campo específico, como en otros de la medicina, la traducción de un idioma a otro tiende a confundir, de tal manera que existe lo que se conoce como "temblor intencional", traducción literal de inglés y pudiera interpretarse que el paciente tiene intención de temblar y lo hace a propósito. Resulta que en este caso se trata del temblor que se origina cuando el sujeto intenta asir algo, cuando se dirige a una acción y desaparece cuando finaliza la acción que culmina el objetivo que se trazó el enfermo.

Lo que si es innegable es que en la práctica: la atención al paciente psiquiátrico, al paciente alcohólico, al paciente que toma litio y al paciente geronte, entre otros, el temblor es un síntoma- signo presente a tener en cuenta y manejarlo correctamente resulta necesario.

DESARROLLO

Aspectos semiológicos del temblor

Resulta interesante cuando abordamos los aspectos semiológicos del temblor pues a primera vista no parece que se caracterice por una rica semiología, de manera que el temblor tiene diferentes localizaciones y extensiones dentro de la propia localización, se le asocian circunstancias directamente relacionadas con la conducta y postura del que lo padece, lo anterior permite clasificarlo en base a un eje etiológico – semiológico y estas consideraciones son las que vamos a desglosar a continuación para la valoración del lector:

Localización anatómica

- Cabeza, manos, voz, mentón, lengua, cara, tronco, extremidades superiores o inferiores.
- Proximal o distal.
- Localizado o generalizado.

Circunstancias conductuales

- Temblor de reposo(aparece en reposo)
- Temblor postural(aparece al mantener una postura)
- Temblor intencional(aparece cuando se hace un movimiento intencional dirigido a un objetivo)
- El temblor de reposo se conoce también como temblor estático.
- A los temblores postural e intencional se les llama temblores de “acción”.
- Frecuencia y amplitud del movimiento oscilatorio.
- Fisiológico o patológico.
- Presencia de enfermedades asociadas.
- Inducido o exacerbado por drogas.

Clasificación del temblor

- A- Temblor normal(fisiológico).
- B- Temblores anormales.
 - 1. Temblor estático(de reposo).
 - a) Parkinsonismo.
 - b) Enfermedad de Wilson.
 - c) Degeneración hepatocerebral crónica.
 - d) Intoxicaciones.
 - 2. Temblor postural.
 - a) Quizás exacerbación del temblor fisiológico.
 - Inducido por adrenalina.
 - Temblor tirotóxico.
 - Temblor de ansiedad.
 - Temblor de fatiga.
 - b) Probablemente sin relación con el temblor fisiológico.
 - Temblor esencial.
 - Temblor alcohólico.
 - Temblor por el litio.
 - Temblores diversos: por estados infecciosos agudos, espasmos de cabeceo, temblor mesencefálico o rúbrico y el síndrome de piernas inquietas.
 - c) Sin relación con el temblor fisiológico.
 - Temblor cerebeloso.
 - Asterixis.
 - 3. Temblor intencional:
 - a) Lesiones del pedúnculo cerebeloso superior (Esclerosis múltiple y degeneraciones cerebelosas).
 - b) Intoxicaciones por Dilantina.

Semiología y semiotecnia:

Temblor normal (Fisiológico)

En personas totalmente normales existe un temblor fisiológico casi siempre de escasa amplitud que pasa inadvertido a la simple vista. Al extender el brazo y la mano delante del individuo y colocar una hoja de papel en el dorso de la mano se amplifica el temblor y puede identificarse el mismo.

La frecuencia de las oscilaciones del temblor fisiológico varía con la edad. ² En niños por debajo de 9 años es de unas 6 contracciones por segundo, aumenta gradualmente hasta que el sujeto llega a los 40 y comienza entonces a disminuir de manera que alrededor de los 70 regresa de nuevo a 6 contracciones por segundo.

Muchos temblores anormales dependen al parecer de una exacerbación del temblor fisiológico.

Algunas características del temblor fisiológico:

- Ocurre al mantener una postura o al realizar un movimiento activo.
- Frecuencia promedio 8 a 12 oscilaciones por segundo.
- Amplitud : pocos milímetros
- Factores desencadenantes: ansiedad, stress, ejercicio y fatiga, tirotoxicosis e hipoglucemia.
- Drogas que pueden exacerbar: cafeína, agonistas beta adrenérgicos o dopaminérgicos, broncodilatadores, litio, ácido valproico, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, síndrome de abstinencia a hipnóticos y narcóticos.

Temblores anormales

Temblor estático (de reposo).

Con mucho, casi todos los casos de temblor estático responden al Parkinson, pero, en ausencia de temblor, como ocurre en un pequeño número de pacientes con esta enfermedad están presentes los restantes signos cardinales de la misma con ausencia del temblor, así sucedió en la última década de la vida del padre del autor de este trabajo lo que implicó un diagnóstico relativamente tardío y un doloroso acicate para revisar este tema.

En el Parkinsonismo cuando el temblor no es visible todavía a simple vista, puede descubrirse ya el fenómeno de la rueda dentada indicando la presencia de temblor subclínico. Algunos pacientes presentan temblor de acción en lugar del temblor estático o en adición al mismo.

Otros temblores estáticos

Enfermedad de Wilson: Se describe como el temblor en batir de alas, es una enfermedad metabólica infantil con presencia del anillo Kayser- Fleischer en la córnea, cirrosis hepática, distonía y coreoatetosis en el orden clínico y pruebas de laboratorio específicas que son positivas.

Degeneración hepatocerebral crónica: Sucede en algunos pacientes con episodios reiterados de coma hepático en el que el temblor coincide con un síndrome neurológico progresivo crónico que incluye demencia, rigidez, disartria, ataxia y coreoatetosis.

Temblores en intoxicaciones: El temblor puede ser un signo destacado en las intoxicaciones por mercurio, monóxido de carbono, manganeso, arsénico y fósforo. La intoxicación mercurial ha sido descrita en más detalles y afecta principalmente a los dedos de las manos cuando los miembros superiores se encuentran en extensión o durante un movimiento voluntario.

Temblor postural:

a) Quizás exacerbación del temblor fisiológico:

- Inducido por adrenalina:

Cuando se inyecta adrenalina a un individuo normal se produce un temblor con todas las características del temblor esencial excepto que la amplitud de las oscilaciones es mayor, se cree que la adrenalina actúa incrementando la sensibilidad de los husos musculares. ³

Temblor tirotóxico: Al parecer este temblor es una exacerbación del fisiológico y se considera que depende del aumento de la actividad simpática de la tirotoxicosis, puede suprimirse con Propranolol. ⁴

Temblor de ansiedad: Durante los períodos de ansiedad se observa un temblor rápido y fino muy parecido al de la tirotoxicosis, el mecanismo biológico de producción se le achaca a un incremento de la secreción de adrenalina. ⁵

Temblor de fatiga: Este temblor aparece posterior a la actividad física excesiva o a la falta de sueño, se observa un temblor fino y rápido en los dedos de las extremidades superiores en extensión y existe el criterio de que es debido al aumento de liberación de adrenalina. ⁶

b) Temblor probablemente no relacionado con el temblor fisiológico:

Temblor esencial: Este tipo de temblor a menudo se diagnostica erróneamente como Parkinsonismo. Los que atendemos toxicómanos conocemos que la propia droga que es responsable del temblor en el cuadro de abstinencia sirve para eliminarlo cuando se introduce de nuevo al organismo lo que origina uno de los tantos "círculos viciosos" en la desdichada vida del adicto, pero que el alcohol sirva para aliviar un temblor que previamente no tiene relación con este tóxico sí nos resultó un hecho que merecía revisarse, otro de los motivos impulsores para presentar este tema, así encontramos en la literatura que el temblor esencial se atenúa e incluso cesa con la ingestión de 2 onzas de bebida espirituosa tal como nos dijeron dos pacientes.⁷

Este cuadro es casi siempre heredado con carácter autonómico dominante por lo que también se le designa con los términos de familiar o hereditario.

Suele descubrirse en la adolescencia o en la primera edad adulta y posee escasa amplitud durante muchos años de modo que apenas molesta.

El temblor esencial aumenta cuando el paciente trata de escribir, se puede extender a los labios, la lengua, el maxilar, la cabeza y en ocasiones a los músculos laríngeos y entonces produce tremulación de la voz.⁸

Tal y como se encontró en la revisión del tema el tratamiento con Propranolol y Diazepam impuesto al paciente de referencia tuvo eficacia solo los dos o tres primeros meses de impuesto y no se abre otra solución terapéutica medicamentosa duradera hasta el momento.⁹

Criterios diagnósticos del temblor esencial:

1. El paciente tiene historia de temblor de extremidades superiores o cabeza.
2. Algunas veces tiene un ligero componente intencional.
3. No existe ninguna enfermedad sistémica o neurológica conocida que pueda explicar el temblor.
4. No se conoce uso de ninguna droga que pueda producir temblor.
5. La existencia del mismo cuadro en ascendientes o descendientes apoyan el diagnóstico.⁸

Temblor alcohólico: Es un temblor muy irregular y más complicado por los daños que produce el alcohol en los sistemas nerviosos central y periférico, se observa

formando parte del Síndrome de Abstinencia Alcohólica, comienza con un temblor ligero que después se torna amplio, su ritmo es de 8 a 9 sacudidas por segundo. ¹⁰

Temblor por litio: Puede confundirse por su similitud con el temblor esencial, se acentúa al escribir y al llevar el alimento a la boca, es capital conocer el nivel de litemia del paciente para no responsabilizar injustamente al litio con el temblor. ¹¹

Temblores diversos: Se incluyen aquí los producidos por estados infecciosos agudos, el espasmo de cabeceo (SPASMUS NUTANS) que se presenta en lactantes de 4 a 18 meses ¹¹ y se acompaña de nistagmus, cura espontáneamente y desaparece hacia los dos años de edad, el temblor mesencefálico o rúbrico ¹² producido por lesiones del tegmento mesencefálico vasculares o neoplásicas con participación del núcleo rojo, se presenta como un temblor lento de tres a cinco contracciones por segundo y finalmente el temblor en miembros inferiores conocido como síndrome de las piernas inquietas. ¹³

b) Temblores sin relación con el temblor fisiológico:

Temblor cerebeloso: Se produce por lesiones del hemisferio cerebeloso y se manifiesta en los hemisferios homolaterales y en la cabeza con un cuadro de: hipotonía, asinergia, disimetría, pérdida de control y temblor postural.

Asterixis: (del griego: ausencia de una posición fija): Es un temblor que puede observarse en muchos trastornos metabólicos como insuficiencia hepática, renal y pulmonar y en síndromes de mala absorción, se produce una flexión intermitente de la muñeca que es bastante irregular.

3. Temblor intencional: Depende de una lesión del péndulo cerebeloso superior debido a esclerosis múltiple u otros procesos tumorales, vasculares o degenerativos que conforman todo un cuadro clínico neuropsiquiátrico.

La intoxicación por Dilantina (anticonvulsivo) produce signos de afección cerebelosa que incluyen ataxia, nistagmo y temblor intencional, lo que la incluye en este acápite.

Agentes que pueden causar temblor:

Actúan en vías colinérgicas del S.N.C:

Acetilcolina

- Agonistas muscarínicos y nicotínicos
- Anticolinérgicos

Actúan en vías monoaminérgicas del S.N.C y periférico:

- Neurolepticos
- Antidepresivos- tricíclicos
- Levodopa
- Adrenalina
- Bloqueadores beta- adrenérgicos
- Litio
- Cafeína
- Anfetaminas
- Corticosteroides

Producen temblor postural o intencional:

- Metales pesados
- Tetracloruro de carbono
- Intoxicación por anticonvulsivos
- Fluoracilo(adrucil) CITOSTÁTICO
- Amiodarona
- Alcohol
- Phencyclidina(PCP)

Se han ensayado varias drogas para tratar diversos tipos de temblor e incluso cirugía estereotáxica, pero este trabajo se limita a la semiología y diagnóstico diferencial.

CONCLUSIONES

1. El temblor es un síntoma- signo frecuente que tiene una rica semiología y semiotecnia.
2. El orden sucesivo más sencillo para el examen de estos pacientes enfermos consiste en colocar sus manos en reposo sobre el regazo, extender sus extremidades superiores por delante de su cuerpo, colocarlas en posición de alas y por último hacer que el paciente dirija el dedo índice a su nariz.

3. La clasificación expuesta de los temblores debe ser útil para el médico que enfrenta los pacientes afectados de este síntoma- signo.
4. No solo produce temblor el Parkinsonismo.
5. No siempre el Parkinsonismo produce temblor.
6. No todos los temblores son necesariamente patológicos, existe el temblor fisiológico.
7. Algunos medicamentos, algunos tóxicos, algunas drogas ilegales y legales producen temblores.
8. Aunque por lo general el temblor intencional es el de mayor amplitud, esta regla no debe tomarse al pie de la letra porque en un ataque temprano de esclerosis múltiple pueden verse síntomas psiquiátricos y un temblor intencional moderado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Jong, RN. The Neurological Examination. New York, New York. Hoeber, 3. ED, 1967 pp. 535- 540.
2. Marshall, J. The effect of aging upon physiological tremor. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat 2002; (24): 14- 17,
3. Hodgson, HJF, Marsden, C.D, Meadows, J. C. The effect of adrenaline on the response to muscle vibration in man. J. Physiol, 2003; 200: 98-99.
4. Marsden, CD, Gimlette, TMD. y col. Effect of beta- adrenergic blockade of finger tremor and Achilles reflex time in anxious and thyrotoxic patients. Acta Endocrinol, 2006; (57): 353- 362.
5. Ibid. 2006; 381- 384.
6. Marshall, J. Tremor. En vinken, PJ, Bruyn, GW. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam, North-Holland, 2005; (6): 809- 825.
7. Marshall, J. Observation on essential tremor. J.Neurol. Neurosurg. Psychiat, 2004; (25): 122- 125.
8. Poirier, L.D. Recent views of tremors and their treatment. Modern Trends is Neurology, 1999; (5): 80-95.

9. Winkler, GF, Young, RR. The control of essential tremor by Propranolol. *Trans. Amer. Neurol. Assoc*, 1997; (96): 66-68.
10. González Menéndez R. El alcoholismo y su atención específica. Editorial ciencias Médicas. Ciudad de la Habana. 1992. pp. 51.
11. Jayalakshmi, P, Seto, T.F.M, Tucker, Shy Shaffer, D.B. Infantile nystagmus: a prospective study of spasmodic, congenital nystagmus, and unclassified nystagmus of infancy. *J. Pediat.*, 1999; (77): 177-187.
12. Martínez Pérez – Balsa A. Y cols. Temblor rúbrico tras lesiones vasculares talámicas. *Rev. Neurol* ene. 1997; 26 (149): 80-4, Hospital San Sebastián. España.
13. Gates, PC. Orthostatic tremor of the shaky legs syndrome. *Clin. Exp. Neurol.*, 2005; (30): 66-71.

Recibido: 11 de julio de 2008

Aprobado: 24 de noviembre de 2008

Dr. Pedro Hernández Mandado